

所属長推薦状

_____年 ____月 ____日

国立病院機構北海道がんセンター 院長 様

ふりがな		性別	生年月日
申込者氏名		男・女	西暦 年 月 日

上記の者は、今後、ピアサポーターとして北海道がん総合相談支援センターでの活動に協力を希望しています。
認定がん医療ネットワークナビゲーター受講者として適当と認め、推薦します。

所属団体名	
所属長の役職名	
所属長氏名 ※直筆によるサイン	

推薦理由

